

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 170

Contribution à l'Étude

DES

DYSTOCIES VAGINALES

(VAGIN BORGNE INTERNE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES COUDOUR

Né à Montbrison (Loire), le 12 août 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^e

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 170

Contribution à l'Étude

DES

DYSTOCIES VAGINALES

(VAGIN BORGNE INTERNE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES COUDOUR

Né à Montbrison (Loire), le 12 août 1874



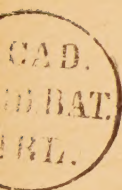
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique des Maladies mentales	FOCHIER.
Physique médicale.	GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.	GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.	PIERRET.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. CONDAMIN.	MM. VALLAS.	MM. PAVLOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROULET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur
MM. DEVIC et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE SI DÉVOUÉ

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont déjà paru, dans lesquels on a cherché quels rapports les différentes malformations congénitales du canal vulvo-vaginal pouvaient avoir avec le mécanisme des accouchements.

Nos premières recherches sur la question nous montrèrent rapidement combien elle était étendue, et nous vîmes que la série des malformations du vagin était constituée par les types suivants :

- 1° Oblitération complète ou absence du vagin.
- 2° Atrésie du vagin.
- 3° Cloisons transversales du vagin.
- 4° Cloisons longitudinales.
- 5° Ouvertures anormales du vagin :

- a). Dans le rectum.
- d). Dans la vessie.
- c). Dans la région abdominale.

6^o Ouverture du rectum dans le vagin.

7^o Hymens imperforés.

8^o Hymens hypertrophiques.

Mais, au point de vue spécial où nous nous plaçons, toutes ces malformations, qui doivent empêcher la fécondation, cessent de nous intéresser et l'histoire de la dystocie du canal vaginal se réduit aux points suivants :

- 1^o Atrésie du vagin.
- 2^o Cloisons transversales.
- 3^o Cloisons longitudinales.
- 4^o Hymens hypertrophiques.

La question des atrésies du vagin a été fort bien étudiée et épuisée, pour ainsi dire, dans le remarquable travail de Puech : « Atrésie des voies génitales de la femme, 1864 ».

Les hymens hypertrophiques, dont la résistance peut être si facilement vaincue, à cause de leur situation presque extérieure, n'ont jamais attiré l'attention des accoucheurs.

Les cloisons transversales ont fait l'objet de plusieurs thèses :

Du cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical (Magendie-Husté, Thèse de Paris, 1894-1895).

Des cloisons congénitales du vagin, au point de vue obstétrical (Bernard, Thèse de Paris, 1897-1898).

Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'hymen et du vagin (Revolta, Thèse. de Paris, 1898-1899).

Les cloisons longitudinales, au contraire, ont été moins bien étudiées. Elles feront l'objet de notre thèse. Mais, parmi ces malformations, nous étudierons plus spécialement la variété dite de *vagin borgne interne*.

Nous verrons d'abord ce que l'on entend par vagin borgne interne.

Nous montrerons ensuite quelles fâcheuses conséquences peuvent avoir ces malformations au moment de l'accouchement.

Nous essayerons d'en donner la pathogénie probable, et nous dirons enfin un mot sur le traitement.

Mais, avant de commencer ce modeste travail, qu'il nous soit permis d'adresser un témoignage public de reconnaissance à tous nos maîtres.

Nous sommes heureux de remercier M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, pour la bonté qu'il nous a toujours témoignée. C'est dans son service que nous avons débuté, et toujours nous nous souviendrons des leçons et des conseils qu'il nous a donnés. Mais nous voudrions encore lui exprimer toute la reconnaissance que nous lui devons, pour avoir sauvé notre frère, Henry Coudour,

par une opération opportune, et pour lui avoir prodigué ses soins délicats et consciencieux jusqu'à sa guérison complète.

Que MM. les docteurs Siraud, professeur agrégé; Nové-Josserand, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux, et Bernoux, qui furent appelés à voir notre frère dans ces tristes moments de la maladie, reçoivent aussi tous nos remerciements.

Le sujet de ce travail nous a été fourni par M. le D^r Destot. Nous le remercions de tous les conseils qu'il nous a donnés pour mener notre tâche à bonne fin.

M. le professeur Tripier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait.

Nos remerciements vont encore à M. le D^r Adenot, qui se mit à notre disposition pour nous aider dans nos recherches, et qui se montra fort aimable pour nous en plusieurs circonstances.

Nous remercions encore M. le D^r Coronat qui nous accueillit avec amabilité dans sa clinique ophthalmologique.

Nous prions tous nos amis avec qui nous avons passé nos années d'étudiant de nous conserver leur amitié et leur estime; nous souhaitons que la bonne camaraderie qui nous unissait à Lyon se continue encore quand nous nous quitterons pour nous revoir souvent.

Merci enfin à notre ami Carrier de Boissy qui nous fit gracieusement les deux figures que nous avons placées à la suite de nos observations.

HISTORIQUE

En parcourant l'histoire des atrésies plus ou moins complètes du vagin, on ne trouve rien ayant rapport à la malformation dite de « vagin borgne interne » empêchant l'accouchement.

Nous voyons qu'Hippocrate cite des femmes à « matrice bouchée », mais pour lui, comme pour Aristote, cette obstruction porte sur l'orifice vulvaire. Un tel état pathologique était connu des anciens qui le regardaient comme un présage funeste ; au dire de Pline, Cornélie, mère des Gracques, en était affectée.

Au VI^e siècle, Aétius d'Amide parle d'obstacles membraneux pouvant siéger à la vulve, dans la continuité de vagin ou à l'orifice utérin ; il cite un cloisonnement complet.

Pour Avicenne (XI^e siècle), il existe deux espèces

d'obstacles empêchant l'issue les uns du flux menstruel, les autres du produit de la conception.

En 1760, Ruisch, le premier, parle d'une double membrane ayant entravé l'accouchement. Heister, son élève, rapporte deux cas analogues. Il s'agissait, sans doute, chaque fois, d'un cloisonnement simple avec persistance de l'hymen.

Astruc consacre à cette lésion une place dans son *Traité des Maladies des Femmes*, mais il admet surtout, pour l'avoir rencontrée plusieurs fois, l'existence d'une cloison à l'entrée du vagin.

De Haen cite un cas où l'obstruction occupant, en arrière de l'hymen imperforé, toute l'étendue du vagin, les chirurgiens, en essayant de la détruire, pénétrèrent dans la vessie.

Au commencement du XIX^e siècle on ne trouve, publiées, que dix observations concluantes sur les atrésies vaginales (Ruiset, Becker, Morgagni, Willis, Benevoli, Schultz).

Delaunay étudie à fond dans sa thèse (Paris 1877), la question du cloisonnement transversal.

Les gynécologistes contemporains sont tous aussi muets dans leurs traités spéciaux.

Courty dans son *Traité pratique des Maladies du vagin et de la vulve*, 1877, parle seulement de cloisons transversales plus ou moins épaisses.

De Sinéty, dans son *Manuel pratique des Maladies des Femmes*, dit que le cloisonnement transversal est dû à une imperforation de l'hymen ou à une membrane en forme de diaphragme, située plus ou moins haut dans le canal vaginal ; ces cloisons sont, d'après

lui, tantôt complètes, tantôt incomplètes, ces dernières présentant un orifice situé soit à la partie centrale, soit latéralement.

Gaillard Thomas, dans son *Traité des Maladies des Femmes*, ne dit pas davantage ; il expose que l'atrésie du vagin peut être partielle ou complète, et qu'elle siège généralement à la partie supérieure, moyenne ou inférieure du canal.

Schrøeder dit textuellement : « On rencontre fréquemment, dans le vagin, des brides formant des ponts qui vont d'un côté à l'autre, mais souvent ne réclamant aucune intervention pendant l'accouchement, parce qu'elles sont minces et se laissent facilement déchirer par la tête qui les pousse au devant d'elle ».

On voit, d'après toute la bibliographie que nous venons de passer en revue, qu'il n'est pas fait mention de la question que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE PREMIER

Dans les malformations vaginales résultant des cloisons longitudinales, il faut distinguer plusieurs catégories.

D'abord, la cloison peut être *incomplète*, c'est-à-dire s'arrêter à la partie supérieure du vagin, l'utérus étant simple.

Ou bien elle peut remonter, sans solution de continuité, jusqu'au fond de l'utérus, celui-ci étant *bipartite*, c'est-à-dire constitué par un seul corps divisé intérieurement en deux loges, ou *didelphe* c'est-à-dire composé de deux corps accolés.

Un certain nombre de cas ont pu laisser croire que, même pour un utérus double, la cloison vaginale pouvait être incomplète; mais il paraît probable que, dans ces cas spéciaux, l'observateur a été victime

d'une illusion tactile ; du reste, après l'accouchement, on se rend facilement compte qu'il n'y a qu'un seul col. On a comparé cette singulière illusion du toucher à celle qui consiste à prendre une seule bille pour deux billes équivalentes et contiguës, alors que, ramenant le médius sur l'index, on touche cette bille unique avec les deux doigts ainsi déplacés.

Qu'elle soit complète ou incomplète, cette cloison longitudinale, dont nous parlons, est généralement antéro-postérieure ; elle est probablement toujours médiane à la naissance. A l'âge adulte elle divise souvent, au contraire, le vagin en deux parties très inégales, si bien que le coït se pratique toujours dans le même demi-vagin, à l'exclusion de l'autre.

Parfois, cependant, les deux demi-vagins sont égaux, et le coït peut avoir lieu indifféremment dans l'un et dans l'autre ; témoin cette prostituée, soignée par le professeur Richet, qui, par une singulière aberration du sens moral, croyait rester fidèle à son amant, en lui réservant le privilège exclusif d'un de ses conduits vaginaux et en consacrant l'autre à un usage plus général.

Quoiqu'il en soit, chacun des deux demi-vagins admet toujours facilement le doigt, et il s'ensuit que la malformation reste souvent inaperçue pour le médecin qui se contente de l'examen digital. C'est ainsi que Le Fort rapporte le cas d'une femme, au sujet de laquelle deux médecins ne pouvaient se mettre d'accord, l'ayant successivement touchée par les demi-vagins.

Enfin, une troisième catégorie de malformations congénitales constituée par une cloison longitudinale, est celle que l'on appelle *vagin borgne interne*, c'est elle que nous étudierons plus spécialement.

Le vagin borgne interne, ou vagin borgne latéral (*atresia vaginæ lateralis*) est constitué, dit Pozzi (1), par le développement rudimentaire d'un des conduits de Müller, ayant formé un demi-vagin, qui demeure fermé du côté de la vulve, tandis qu'en haut il reçoit un des cols de l'utérus double ou bicorne. Cette lésion siège presque toujours à droite (20 fois sur 28 cas, d'après Puech) (2). Ainsi se trouve constituée une poche plaquée contre la paroi du vagin principal, où elle demeure perdue et ignorée jusqu'au moment où elle se remplit de sang à l'époque de la puberté, ou de pus à la suite d'une infection qui s'est communiquée à elle par un point faible de la paroi. De la sorte prennent naissance ces collections bizarres qui déroutent longtemps le diagnostic, et qu'on a appelées *hématocolpos* et *pyocolpos latéraux*; les premières dues à la rétention des règles, les secondes dues à un amas de pus.

Il existe encore une autre variété de vagin borgne interne; c'est celle où le demi-vagin borgne, du côté de la vulve, est accolé à un autre vagin borgne du côté de l'utérus. Ainsi le vagin entier se trouve divisé en deux loges, ou demi-vagins, dont l'un, ouvert en

(1) POZZI. — Traité de Gynécologie, livre XVI.

(2) PUECH. — Atrésie des voies génitales de la femme.

avant et fermé en arrière, est celui où s'effectue le coït, et dont l'autre est fermé en avant, mais ouvert en arrière; c'est ce dernier qui recevra l'enfant, comme nous allons le voir.

Parfois, ces malformations n'amènent pas de troubles appréciables, même au moment des règles; mais, au moment de l'accouchement, elles deviennent un obstacle tellement sérieux qu'elles ont entraîné la mort de la mère dans un cas et, dans un autre des troubles tellement pénibles et douloureux que la malade a dû subir une opération et, dans ce dernier cas, la mère a dû son salut, croyons-nous, à la présentation de son enfant par les pieds.

Aucune observation n'a été publiée, sur cette variété de systèmes, avant celle de M. Gangolphe, chirurgien des Hôpitaux, relatée dans son *Précis des opérations d'urgence*. M. le Dr Destot a eu l'aimabilité de nous en communiquer une seconde, qui est encore inédite.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du D^r DESTOT.)

« Mme A. . . , se marie au mois de juillet 1899. Rien à noter dans ses antécédents personnels. Quatre frères bien portants. Elle jouit d'une bonne santé ; on ne peut trouver, au point de vue spécial qui nous occupe qu'un seul fait, c'est que, réglée à 13 ans, ses époques durent plus longtemps que d'habitude, huit à dix jours.

« Immédiatement après son mariage, elle n'a pas vu sa première époque de règles ; elle était donc enceinte. Sa grossesse fut normale, et arrive à terme en avril 1900.

« Les premières douleurs se manifestèrent à

11 heures du matin, et tout se passa normalement jusqu'à 4 heures du soir. A ce moment, on constate que le col ne se dilate pas ; malgré les douleurs, qui augmentent de plus en plus, le col ne se dilate toujours pas, si bien que, fort embarrassé, le médecin demande l'assistance de deux confrères de Chalon.

« Ceux-ci parvinrent à passer les doigts à travers un orifice qu'ils prirent pour le col, et à sentir les pieds du fœtus en perforant la poche des eaux qui faisait hernie à travers cette ouverture.

« Comme les douleurs se précipitaient et que le travail n'avancait toujours pas, on se décida à intervenir, en tirant les pieds. Le dégagement de ces pieds présenta de grosses difficultés, au point que différents avis furent émis sur ce cas.

« Les uns croyaient à une adhérence de la matrice au vagin, les autres pensaient à une rupture utérine et prenaient le bord de l'obstacle pour le ligament large.

« Quoiqu'il en soit, l'accouchement se termina par l'extraction podalique, mais l'enfant avait souffert et il mourut 10 jours après sa naissance.

« Quant à l'accouchée, elle fut prise de symptômes d'infection tels qu'on désespérait de la sauver.

« Trois piqûres de térébenthine, faites suivant la méthode du professeur Fochier, amenèrent une véritable résurrection. Malheureusement on ouvrit trop tôt ces abcès et, deux mois après l'accouchement, il se produisit, à droite, un phlegmon du ligament large, que l'on dut opérer.

« Les piqûres avaient été faites dans le flanc gauche, vers la crête iliaque.

« A la suite de cet accouchement et de ces abcès, la malade peut reprendre ses fonctions, mais elle reste incomodée par des pertes blanches très abondantes et irritantes.

« A la suite de cet accouchement singulier, M. le D^r Destot pensa à une anomalie, et conseilla à Mme A... de se soumettre à un examen que fit M. le professeur agrégé A. Pollosson.

« Le toucher est singulier: avec la main droite, on arrive sur un col qui paraît déjeté un peu à gauche et qui est hypertrophié, mais avec la main gauche on a des renseignements plus précis. On sent alors, immédiatement au-dessous du col, un orifice limité en bas par une bride, formant ainsi une poche dans l'intérieur du vagin et, avec le doigt recourbé on arrive jusqu'au bord de la grande lèvre. Cette cavité est propre, non distendue et le doigt ne ramène aucun sébum.

« Si on poursuit l'examen de la matrice, on voit que le col est largement fendu à gauche, et qu'on se perd, en remontant, jusqu'à l'insertion du vagin. L'hystéromètre donne 7 cent. comme cavité utérine.

« L'examen au spéculum ne permet pas de rencontrer le vagin borgne, qui se trouve alors fermé et appliqué contre la paroi; mais le col de l'utérus, ainsi vu, montre une large fissure latérale d'où s'écoulent des mucosités purulentes.

« Par le toucher rectal et le palper combinés, on ne sent qu'un seul utérus.

« En résumé, il s'agit d'un vagin borgne interne qui s'insère sur la lèvre postérieure du col en arrière et qui est complètement libre de la matrice en avant. C'est dans cette poche que s'est fait l'accouchement, c'est dans ce vagin borgne que l'enfant a été retenu, et c'est par l'orifice de communication qu'on a pu faire l'extraction par les pieds.

Il est à remarquer que le spéculum et l'examen avec une seule main étaient insuffisants pour faire le diagnostic.

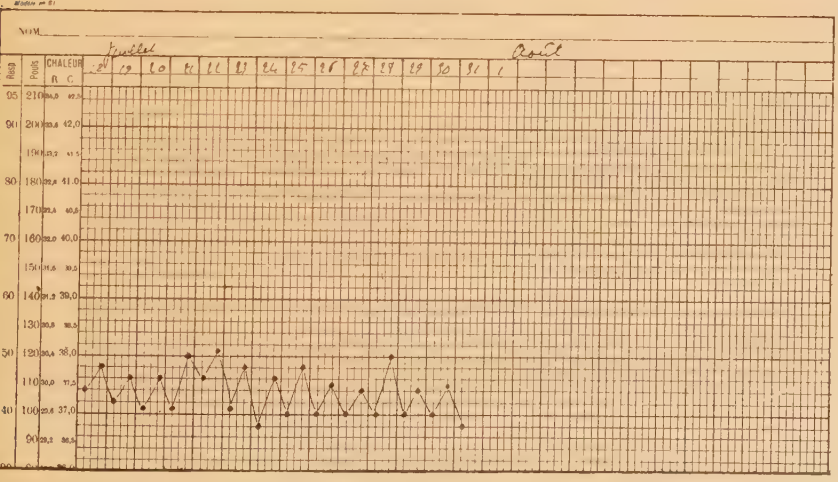
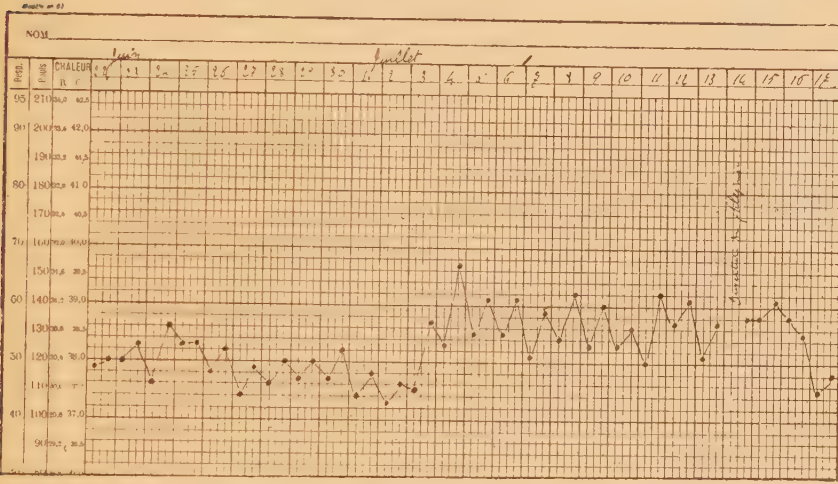
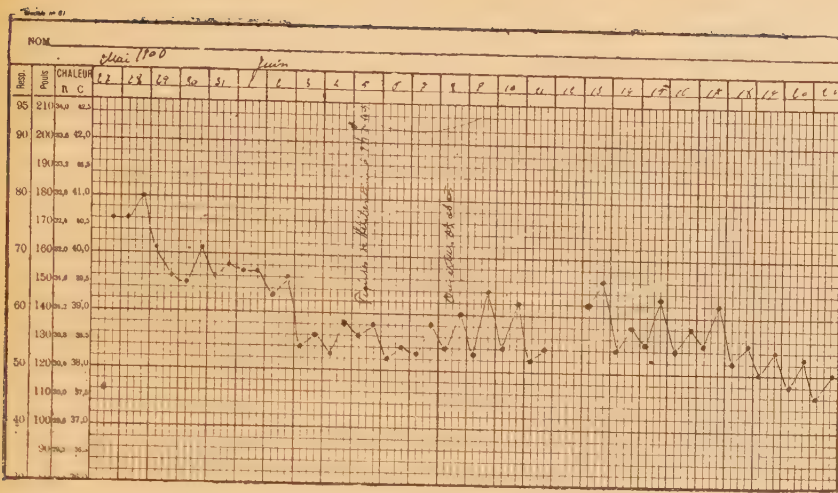
« *Opération.* — Dans un premier temps, par un coup de ciseaux on coupe en son milieu la cloison, et les deux faces paraissent recouvertes d'une même muqueuse. L'incision se fait de haut en bas, puis les deux lèvres sont réclinées et l'on se trouve en présence d'une large discision du col qui remonte jusqu'à l'insertion du vagin. Les bords en sont avivés sur une hauteur de 5 cent, et on place huit fils métalliques pour obtenir la réunion de ces deux lèvres gauches.

« L'opération se termine par l'excision des deux lambeaux vaginaux, qui se fait sans hémorrhagie.

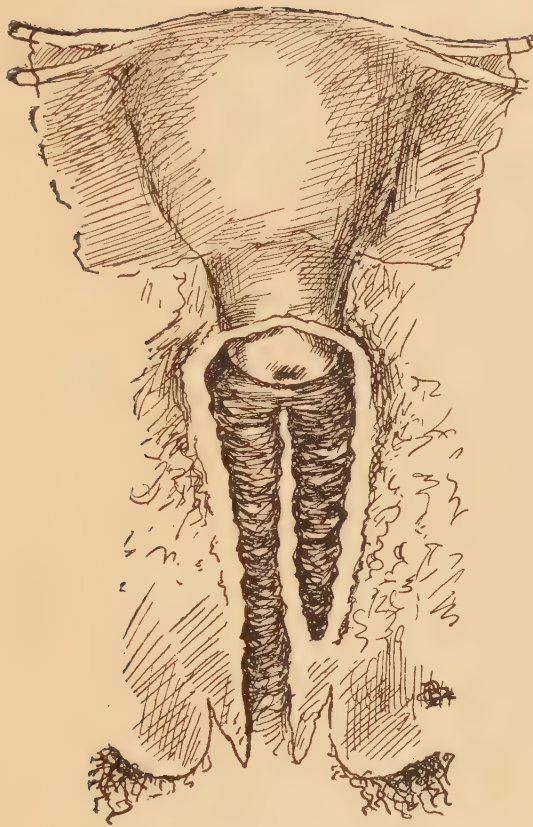
« Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade guérit ».

Nous avons cru intéressant de reproduire ici la courbe de température de la malade.

L'accouchement eut lieu au mois d'août 1900, et



au mois de mai commencèrent les symptômes d'une infection puerpérale. Le 6 juin, on fait une piqûre de térébenthine et l'on ouvrit les abcès deux jours après, le 8 juin ; ce fut peut-être trop tôt, car le 13 juin un phlegmon du ligament large commença à se former ; on l'ouvre le 14 juillet.



Vagin borgne latéral

OBSERVATION II

(Publiée dans *Précis d'opérations d'urgence*
de M. GANGOLPHE.)

« Il y a six ou sept ans on amena à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Gangolphe, une jeune femme qui souffrait de douleurs analogues à celles de l'accouchement, sans présenter aucune perte.

« Elle disait que ses règles, jusqu'alors très régulières, avaient brusquement et complètement cessé depuis cinq mois, un certain temps après son mariage. En même temps apparaissaient des signes de grossesse, gonflement des seins, etc.

« Elle avait commencé à souffrir depuis près de vingt heures, et les tranchées revenaient à peu près régulièrement toutes les dix ou quinze minutes.

« Le ventre était augmenté de volume ; la région sous-ombilicale était occupée par une tumeur arrondie qui paraissait être le globe utérin ; on ne percevait ni souffle, ni battement du cœur fœtal.

« Mais le toucher était bizarre et étonna le chirurgien ; l'index entra dans un cul-de-sac au fond duquel on ne percevait ni col utérin, ni orifice ; d'autre part, ce que le chirurgien croyait être le cul-de-sac postérieur était bleuâtre et contenait des parties résistantes rappelant les petites parties.

« En présence de ces symptômes, le chirurgien décida d'inciser le cul-de-sac supposé et d'entraîner le fœtus par cette voie.

« L'incision permit d'enlever un fœtus plus ou moins macéré et le placenta.

« Une injection d'eau bouillie fut faite prudemment, car on craignait d'avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal.

« Ce n'est que quelques heures plus tard que le chirurgien songea à une autre hypothèse que l'autopsie lui permit malheureusement de vérifier.

« En effet, cette malheureuse succomba à de la septicémie ; elle portait, avons-nous dit, un fœtus macéré.

« L'autopsie montre qu'il s'agissait d'un cloisonnement du vagin.

« Ce conduit était divisé en deux étages, l'un ouvert en avant et terminé en cul-de-sac en arrière perforé d'un pertuis en arrière ; c'est dans ce cul-de-sac que s'effectuait le coït ; l'autre étage, ouvert en arrière du col utérin, fermé en avant ; c'est dans ce cul-de-sac qu'avait eu lieu l'avortement ».



Vagin double à étage supérieur borgne

Telles sont les deux seules observations, fort intéressantes, que nous avons pu recueillir.

Elles ne sont pas conformes à ce que dit Pozzi, des vagins borgnes internes.

Ainsi, d'abord dans les deux cas, l'utérus était simple : il n'y avait qu'un seul col. Pozzi dit que le vagin borgne reçoit en haut l'un des cols de l'utérus bicorné.

Ensuite, la malformation siégeait à gauche chez la personne de notre première observation ; d'après Pozzi, elle siège presque toujours à droite. Mais ce sont là des points de détails sur lesquels nous ne saurions insister.

Nous voyons, en somme, d'après ces deux observations, que la malformation dont nous nous occupons est une cause de dystocie fort grave.

Les autres malformations du canal vaginal sont, pour ainsi dire, moins traitressés, car elles passent moins souvent inaperçues. Ainsi, une cloison transversale du vagin est toujours reconnue, soit qu'elle empêche l'acte sexuel ou, la fécondation étant possible, soit qu'elle arrête la tête de l'enfant et empêche le toucher ; on peut, dès lors, intervenir facilement, car on voit ce dont il s'agit. Souvent même, toute intervention est inutile, car, au moment de l'accouchement, il se passe une chose bien simple. Puisque la fécondation a eu lieu, il faut que la cloison transversale ait un orifice en un point quelconque. La tête forçant sur cette cloison, il se produit une rupture spontanée du diaphragme obturateur qui éclate en plusieurs fragments. S'il s'agit d'une cloison lon-

gitudinale, elle s'écarte d'abord, puis, ayant mis en jeu toute l'élasticité dont elle dispose, elle se déchire au niveau de l'une de ses insertions, antérieure ou postérieure.

Dans ces deux cas, l'expulsion de l'enfant a lieu sans accidents sérieux, en règle générale, et sans avoir subi un retard appréciable. Une légère hémorrhagie pourra s'en suivre, et la mère aura, peut-être, à se plaindre, dans l'avenir de quelque cicatrice douloureuse et intra-vaginale.

Avec le vagin borgne interne, les choses sont toutes différentes. La malade de notre première observation ne pouvait pas se douter qu'elle était porteuse d'une malformation. Ses règles duraient peut-être un peu plus longtemps que d'habitude, mais elles n'étaient accompagnées d'aucun phénomène douloureux; les rapports sexuels avaient lieu sans douleur et, cependant cette malformation, qui n'entraînait aucun trouble, faillit lui coûter la vie au moment de l'accouchement.

De même pour la malheureuse de notre seconde observation, rien ne pouvait faire supposer l'existence de son vagin borgne latéral; elle n'avait pas eu d'hématocolpos, ni d'hématométrie, et elle mourut par suite du séjour trop long dans son vagin borgne de son enfant macéré.

Comment expliquer l'origine de cette malformation? Nous allons essayer de le faire dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Il est démontré, aujourd'hui, que toutes les malformations congénitales trouvent leur explication dans des déviations ou plus généralement, dans des arrêts de développement. Il nous paraît utile de donner ici quelques notions d'embryologie, avant d'indiquer ensuite quelles sont les raisons probables de la malformation dont nous nous occupons.

L'origine embryonnaire des organes génitaux, identique dans les deux sexes, consiste dans le développement des trois organes suivants :

Le corps de Wolff.

Le canal de Müller.

La glande génitale.

Jusqu'au troisième mois, l'embryon est dans la période d'indifférence sexuelle, mais à ce moment commence l'évolution vers le type masculin ou vers le type féminin.

Cette évolution consiste dans le développement de certains éléments et dans l'atrophie de quelques autres : la glande génitale se transforme en testicule ou en ovaire.

Chez le mâle, les conduits de Müller s'atrophieront, mais les corps de Wolff se développeront.

Chez le fœtus féminin, ce sera le contraire : disparition du corps de Wolff, persistance des canaux de Müller.

Telles sont les idées admises universellement ; mais poursuivons et voyons maintenant comment va se développer le vagin.

Pour les anciens embryologistes (Ratke, Müller, Lilienfeld), le développement du vagin se fait par trois points séparés, destinés à se rejoindre plus tard. La partie la plus élevée se forme aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Müller ; la partie inférieure dérive du sillon génital ; la portion intermédiaire provient du tissu embryonnaire.

Mais pour les embryologistes plus récents, il n'en est plus ainsi. Le vagin est entièrement formé par les canaux de Müller.

Ces canaux, primitivement constitués par des cordons pleins, sont d'abord accolés l'un à l'autre. Puis, peu à peu, la cloison qui les sépare se résorbe et ils fusionnent en un seul canal.

On n'est pas d'accord sur l'endroit précis où débute

cette fusion. Pour Kölliker (1), les canaux de Müller se soudent dans le milieu du cordon génital et restent longtemps doubles aux deux extrémités de ce cordon. Cette hypothèse a l'avantage de faire très bien comprendre comment un utérus simple peut exister avec un vagin double.

Pour d'autres, Dorhn, par exemple la fusion commence à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Tourneux et Legay (2) admettent que cette union a lieu tantôt au milieu, tantôt à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Quoiqu'il en soit, l'hypothèse de la duplicité d'organes médians est aujourd'hui admise sans contestation, et c'est en nous basant sur elle que nous allons essayer de donner la pathogénie des vagins borgnes internes. Mais avant, il serait peut-être intéressant d'envisager la question à un point de vue plus général et de parler des cloisons et brides transversales du vagin.

L'origine de ces cloisons est plus difficile à résoudre que celle de la malformation qui nous occupe. Aussi a-t-elle donné lieu à de nombreuses théories.

Pour Delaunay (3) qui, d'accord avec Ratke, Müller, Lilienfeld, admettait le développement du

(1) KÖLLIKER. — *Traité d'embryologie*, 1882.

(2) Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journal d'anatomie*, 1884.

(3) DELAUNAY. — Thèse de Paris, 1877.

vagin en trois parties, la réponse était facile. Il disait que le travail de résorption avait manqué dans les parties intermédiaires, et qu'une cloison plus ou moins épaisse en avait résulté.

Schroöder (1) admet que les cloisons transversales sont dues le plus souvent à des adhérences formées pendant la vie embryonnaire, et étirées dans la suite.

Verchère (2) suppose que la cloison verticale qui détermine les deux vagins ne persiste que dans l'étendue de un à deux ou trois millimètres. « Nous avons alors, dit-il, une persistance des deux canaux de Müller dans cette hauteur seulement. Cette cloison va suivre le développement du vagin tout entier; les canaux seuls conservent leurs dimensions primitives et aussi leur siège latéral; et on aura une cloison transversale dont le centre sera formé par l'adossement des deux canaux de Müller, et dont les parties latérales seront percées de deux petits orifices, qui ne sont autres que les canaux de Müller eux-mêmes.

Enfin, pour Magendi-Husté (3), la raison de malformation congénitale transversale est la suivante : les canaux de Müller sont primitivement des cordons pleins, qui se creusent dans la suite. On peut bien supposer que cette résorption puisse manquer sur

(1) SCHROÖDER. — Maladies des organes génitaux de la femme, traduit par Hubert, 1886.

(2) VERCHÈRE. — *Archives de Tocologie*, juin 1894.

(3) MAGENDI-HUSTÉ. — Thèse de Paris, 1894-1895.

certain points, et il en résulte une bride ou une cloison transversales.

Nous voyons, par suite de l'exposition de ces théories, que l'explication des malformations transversales est assez difficile à donner.

Nous allons voir maintenant comment on s'explique la formation des cloisons longitudinales et des vagins borgnes latéraux.

Ces vices de conformation résultent d'un manque de résorption ou d'un arrêt dans le développement ou bien encore de ces deux causes combinées.

L'arrêt total de développement des canaux de Müller, leur atrophie, occasionne l'absence plus ou moins complète de vagin.

Nous pouvons supposer maintenant que le développement des canaux de Müller se fasse bien, et que le travail de résorption manque. Les canaux resteront alors accolés, et nous aurons *une cloison inter-vaginale complète*, c'est-à-dire un double vagin.

Mais le travail de résorption peut commencer, et peut ensuite être arrêté par des causes qu'il nous est impossible de connaître. Nous aurons alors un *vagin incomplètement cloisonné*, la résorption ayant commencé au-dessus du col et s'étant arrêtée brusquement.

Nous arrivons maintenant au cas qui nous occupe plus spécialement. Nous avons vu qu'un arrêt total de développement des canaux de Müller aboutissait à l'absence du vagin. Mais nous pouvons bien supposer qu'un arrêt de développement ne se produise que sur un seul canal de Müller, l'autre conti-

nuant à se développer pour son propre compte. Nous avons alors deux conduits accolés l'un à l'autre, dont l'un s'accroît et l'autre reste stationnaire; celui qui s'accroît se développera de tous les côtés, il tirera sur sa membrane propre qui l'unit à l'autre canal, il amincira cette membrane et finira par la faire disparaître. De l'autre côté on aura des phénomènes tout opposés; le développement ne se faisant plus, la résorption n'aura pas lieu non plus, et par conséquent la membrane persistera. On aura donc un petit conduit formant un demi-vagin qui grandira, mais ne changera plus de caractère.

Ces malformations pourront coexister ou non avec des malformations utérines.

Dans les cas de cloison complète du vagin, la règle est que l'utérus soit composé de deux loges; il semblerait que dans ces anomalies le travail de résorption ait manqué totalement, aussi bien dans l'utérus que dans le vagin.

Dans les cas de cloison incomplète, l'utérus est ordinairement simple, comme nous l'avons déjà fait remarquer, ce qui s'explique très bien, en disant que la résorption de la cloison médiane a commencé dans l'utérus, qu'elle s'est continuée dans le vagin, mais que brusquement elle a été arrêtée.

Enfin un vagin borgne, peut coexister soit avec un utérus double.

D'après Pozzi (1), le demi-vagin borgne du côté de

(1) *Loco citato.*

la vulve reçoit en haut l'un des cols de l'utérus double ou bicorne.

Dans nos deux observations l'utérus était simple.

Il faut en conclure que dans certains cas l'arrêt de développement du vagin coexiste avec une non résorption de la membrane médiane de l'utérus, tandis que dans d'autres cas ces deux organes se développent sans retentissement l'un sur l'autre.

La malformation de la femme de notre seconde observation s'explique de la même façon. On se souvient que l'autopsie montra un vagin divisé en deux loges superposées et non accolées. Ces deux loges, dont l'une, plus développée, servait au coït, sont encore évidemment les deux canaux de Müller, où il y eut arrêt de développement et manque de résorption ; mais en plus, il y eut déviation de leur situation primitive en canons de fusil ; ils tournèrent tous les deux de 90 degrés ; ou bien il y eut des phénomènes de tiraillements produits par le plus grand sur l'autre.

Quant à chercher les raisons de tous ces arrêts de développement et de manque de résorption, on ne peut que répéter ce qui a été dit si souvent au sujet d'autres malformations. Peut-être faut-il mettre en cause la souffrance du fœtus pendant la vie intra-utérine ?

Peut-être l'hérédité pourrait-elle être mise en jeu pour expliquer une partie de ces monstruosités ? Mais, dans cet ordre d'idées, personne n'a apporté aucun fait, sauf Delaunay, qui signale deux cas d'imperforation de l'hymen chez deux sœurs.

CHAPITRE IV

Traitement.

Ce chapitre sera forcément court, car l'opération à faire est simple et facile.

Nous avons lu dans le *Lyon Médical* comment M. le professeur Laroyenne opérait les brides du vagin, et entre autres la bride dite valvule de Soller. Il incisait cette membrane en son milieu avec des ciseaux longs.

L'opération à faire dans les cas de vagin borgne est aussi simple.

Dans un premier temps, on sectionne en son milieu, de haut en bas, la cloison qui forme le vagin borgne ; on a ainsi deux lèvres flottantes.

Dans un second temps, on incise ces deux lambeaux.

L'opération est absolument inoffensive, elle ne donne lieu à aucune complication et l'hémorrhagie qui en résulte est insignifiante.

Il est bon d'introduire ensuite un tampon suffisamment gros de coton, imbibé d'eau phéniquée, que l'on renouvellera tous les jours jusqu'à la guérison.

Tel est le manuel opératoire à suivre quand on opère en dehors de l'accouchement.

Au moment de l'accouchement, quand la malformation est diagnostiquée, il suffit de faire une large incision.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les malformations congénitales du vagin, il en est qui peuvent déterminer des dystocies graves.

II. — Sans vouloir s'appesantir sur des faits déjà connus de malformations, telles que hypertrophie hyménéale, valvule de Soller, il existe une variété de malformations : vagin double latéral borgne, vagin borgne externe, dans lesquelles l'accouchement peut se produire ; la descente du fœtus est ainsi arrêtée et l'on doit être prévenu de cette éventualité, pour faire sauter au plus tôt la bride qui empêche la marche normale de l'accouchement.

III. — La malformation que nous avons en vue,

tient à un arrêt dans la résorption de la cloison qui sépare les deux conduits de Müller.

IV. — Dans les deux observations rapportées, l'utérus était simple.

V. — La présence de pareilles malformations explique la nécessité de recourir au toucher bimanuel pour faire le diagnostic.

VI. — Le traitement consiste dans l'ablation de la cloison de séparation, soit au moment de l'accouchement, soit avant, si on en est prévenu.

VU :

Le Président de la Thèse,

TRIPPIER.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 juillet 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PUECHI. — Atrésie des voies génitales de la femme, 1864.

POZZI. — Traité de Gynécologie.

M. GANGOLPHE. — Précis des opérations d'urgence.

VERCHÈRE. — *Archives de Tocologie*, 1894.

MAGENDI-HUSTÉ. — Thèse de Paris, 1894.

DELAUNAY. — Thèse de Paris, 1877.

SCHRÖEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme, traduit par Hubert, 1886.

KOLLIKER. — Traité d'embryologie, traduction française, 1882.

BERNARD. — Thèse de Paris, 1898.

GAILLARD-THOMAS. — Traité de maladie des femmes.

COURTY. — Traité pratique des maladies du vagin et de la vulve, 1879.

Dr SINETY. — Manuel pratique des maladies des femmes, 1871.

